

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y
Comunitaria

Trabajo Final

“Sujeto y consumo: una mirada clínica”

Alumna: Vanina Patricia Masciotra, DNI: 26.073.155 (masvanina@hotmail.com)

Cohorte: 2010-2011

Director: Psi. Alejandro Manfred, DNI: 20.598.847 (psamanfred@yahoo.com.ar)

‘Sujeto y consumo: una mirada clínica’

Resumen:

Al tiempo que las adicciones a las drogas alejan del deseo (por la ilusión del sujeto de haber encontrado su objeto, deteniendo su búsqueda), son actos compulsivos que alivian un sufrimiento desbordante. El presente trabajo se propone reflexionar acerca del abordaje clínico de los sujetos que consumen, como así también interrogar la posibilidad de sostener una demanda y su modalidad.

Se plantea por un lado repensar qué goce podría estar en juego, analizando la constitución del lazo filiatorio y la inscripción de la castración como operación fundante del sujeto. Por otro lado indagar el fin particular que puede tener el objeto droga dentro del contexto de la economía psíquica, considerando que no en todos los casos este objeto tiene la misma función. La adicción y el consumo de sustancias son dos entidades diferentes: la adicción a un objeto requiere algo más que el objeto, se necesita poner en juego la dimensión del deseo.

Cuando se padece de una adicción a las drogas, la situación de abstinencia genera dolor, que se desenvuelve como en el límite entre lo psíquico y lo somático. Este dolor enfrenta al sujeto con lo imposible de la pérdida, haciendo intolerable la dimensión de la ausencia. Este trabajo proporciona una lectura que recorre los conceptos de dolor, pérdida y duelo, indagando en la estructura inconsciente que puede acompañar las adicciones.

En la conducta adictiva prevalece lo inmediato, y todo lo que no integra el circuito de la droga pierde su investidura. Al parecer no nos encontramos con una construcción sintomática del estilo neurótico sino que estamos frente a un acto que se repite y que no logra inscribirse. Sin embargo es necesario que los psicoanalistas hagan frente a estas adicciones, permitiendo un sentido nuevo en cada caso y abandonando las clasificaciones coagulantes. Este escrito pretende entonces acercar una posible respuesta al interrogante ¿Hacia dónde orientar la práctica? El paciente demandará ayuda para abandonar el consumo, y el analista deberá guiar los encuentros para convertir esa demanda en demanda de otra cosa. Hacer posible el análisis tiene que ver con ocuparse de la fuente de la que surge la necesidad forzosa y urgente del consumo. El trabajo analítico pasará por instalar la transferencia frente a un sujeto que sufre, y que se engaña a sí mismo creyendo en una satisfacción que alcanza el grado pleno.

Finalmente se propone el análisis de un caso clínico, incluyendo conceptos que pondrán de manifiesto posibles condiciones bajo las cuales puede desplegarse el análisis.

Índice:

- I. Tema
 - II. Recorte del problema a trabajar
 - III. Objetivos
 - IV. Aproximación metodológica
 - V. Motivación respecto a la elección del tema.
 - VI. Fundamentación.
 - VII. Marco teórico.
 - VIII. ¿Actuar repetitivo o repetición sintomática? Posibilidad de síntoma
 - IX. Dolor, Represión, Analgesia. Sufrimiento no representable.
 - X. Modo subjetivo de construcción de la falta. El Duelo como imposible.
 - XI. Dirección de la cura. Resituar la demanda. ¿Hacia dónde orientarnos?
 - XII. Caso Agustín: análisis e intervención.
 - XIII. Conclusión.
- Bibliografía.

I. Tema:

Particularidades del abordaje clínico en sujetos con problemáticas de consumo.
Modalidad de la demanda. Caso Agustín.

II. Recorte del problema a trabajar:

Constitución del lazo filiatorio y posibilidad de sostener una demanda en pacientes con problemáticas de consumo. ¿Cuándo y cómo interpretar?

III. Objetivos:

-Generales:

- Problematizar la demanda en sujetos que presentan adicción al consumo de sustancias tóxicas.
- Reflexionar sobre la posibilidad y el modo de intervención analítica.

-Específicos:

- Repensar el consumo como construcción sintomática.
- Profundizar en los conceptos de filiación, dolor, y duelo en tantos componentes de la constitución subjetiva.

IV. Aproximación Metodológica:

La metodología constará de:

- Búsqueda bibliográfica.
- Conceptualización de las particularidades que presenta el abordaje clínico de sujetos que consumen.
- Lectura y análisis de caso. Interpretación.

El presente trabajo se propone en principio recopilar información relevante a través de una revisión bibliográfica, con el objetivo de aproximarse a las cuestiones planteadas en el tema y el problema. La organización y búsqueda de la información extraída se realizó estableciendo como indicadores las categorías expuestas en los objetivos del trabajo.

A través de la presentación y el análisis de caso se elaboran planteamientos que incorporan nociones psicoanalíticas, identificando y señalando interrogantes para la formulación de un marco analítico que posibilite un abordaje clínico de la problemática.

V. Motivación respecto de la elección del tema:

La elección del tema fue motivada por la inquietud que despertó en mí el abordaje de un caso clínico derivado de atención psiquiátrica, junto al paulatino incremento de la demanda de atención en salud mental de personas con problemáticas de adicción de sustancias psicoactivas en el centro de salud donde realicé mi práctica. Dicho centro es el Policlínico San Martín de la ciudad de Rosario y mi formación como analista es psicoanalítica.

El acto de consumo suele limitarse a una trayectoria química que obliga a repetirse y sobre la cuál en apariencia el sujeto tiene poco qué decir. En estos casos los analistas nos encontramos más con el sufrimiento que con el displacer, la suspensión tóxica de la tensión que irrumpe se ligaría más al dolor que a una representación prohibida del orden de lo sintomático.

Las personas que buscan ayuda para poder dejar de consumir padecen su situación, suelen reconocer que tienen un problema, pero el impulso al acto se repite una y otra vez, resultando intolerables toda tensión y toda espera. Sylvie Le Poulichet (1996) hace hincapié en que en las toxicomanías nos encontramos frente a un actuar que arrastra al sujeto más allá del masoquismo, hacia la autodestrucción.

Desde la posición psicoanalítica las toxicomanías son interpretadas como el malestar que manifiesta un sujeto sufriente, pudiendo presentarse en más de una estructura clínica. Las personas que consultan por esta problemática, o que son derivadas desde otras áreas de la salud, no son definidas como adictos, término que empobrece y obstaculiza la labor clínica; como explica Héctor López (2007) tratamos con un sujeto en cuya estructura la droga cumple una función subjetiva. En cada ser humano los efectos son particulares y se manifiestan en un contexto discursivo que le es propio. Pero surgen interrogantes respecto a las especificidades del trabajo terapéutico y a la direccionalidad de la cura: ¿Cuándo y cómo interpretar? ¿Es posible intervenir? ¿Qué interpretar? ¿Cómo acompañar el período de mayor tensión por abstinencia? ¿Cómo pensar el lazo filiatorio y su construcción en torno a esta problemática? ¿Podemos trabajar el consumo como repetición sintomática, o nos encontramos frente a un actuar repetitivo que no alcanza a estructurarse como síntoma? ¿Qué se demanda? ¿Qué particularidades muestra la relación transferencial de estos pacientes con el analista?

VI. Fundamentación:

Antonio Escohotado (1992) señala que el campo de las toxicomanías está atravesado por diferentes discursos que promueven una voluntad de verdad a partir de las conceptualizaciones y concepciones que regulan la producción de saber en virtud de un ejercicio constante del poder. La toxicomanía como entidad se ha convertido muchas veces en soporte para la transmisión de otros mensajes (ideológicos, políticos, morales, etcétera), por ello en el momento de analizar la problemática es necesario considerar la lógica de los enunciados, las categorías y los conceptos. Los diferentes ordenamientos discursivos presentan una forma propia de concebir a quien padece, y desde ellos se crean prácticas y tratamientos, abordajes y planteos.

Mientras que desde el discurso médico se establece un listado de fármacos con su grado de peligrosidad, umbral de tolerancia, riesgo de acostumbramiento y dependencia, utilizados para orientar la clínica; el psicoanálisis, como bien señala Héctor López (2007) se interesa en la estructura de la adicción, no en el objeto de la misma. Por su propia concepción de sujeto el diagnóstico clínico psicoanalítico se basa en una construcción teórico-conceptual a partir de una escucha diferenciada, que no pretende ubicar los síntomas del paciente en un código predeterminado, sino orientar el trabajo analítico.

“El psicoanálisis se ocupa del sujeto, de un sujeto dividido, constituido en el campo del Otro” (Kait, 1996, p. 25), por ello al referirnos a las toxicomanías o a las adicciones desde esta perspectiva, lo que importa es la posibilidad de que los tóxicos se utilicen en las diferentes estructuras y tengan una función diversa, no sólo dentro de las estructuras, sino en cada sujeto en singular.

Desde esta concepción la pregunta que emerge en el encuentro con las problemáticas de adicción es la pregunta por la posibilidad de un síntoma y por un goce sin acotamiento al que el sujeto parece no poder renunciar. Los síntomas hablan -éste es el legado freudiano, y son un indicador de que "algo no anda", no encaja. Y hablan en la medida en que encubren una verdad, propia y estructurante para cada sujeto, que se vela y revela al mismo tiempo, según opere la represión sobre los significantes reprimidos. Pero además esa verdad íntima que encarna el síntoma no puede decirse toda, hay un resto que resiste a toda interpretación, que impide la totalización del saber.

Algunos autores advierten que el análisis de la problemática del consumo pondría en primer plano el costado fallido del registro simbólico, el fracaso en la constitución de un síntoma en correspondencia con la dificultad de hacer posible la palabra (Károthy, 2002;

Le Poulichet, 1996). Por otro lado Fernando Geberovich (1998) reviste de importancia la transformación que se produce del dolor psíquico hacia el dolor físico, promoviéndose un tránsito del sufrimiento al dolor y de la representación a la sensación.

Cuando se produce “el bajón”, irrumpe lo intolerable y la necesidad se hace urgencia, entonces se empieza de nuevo. Según Fernando Geberovich (1998) lo que se inicia es una dinámica de desimbolización que destruye el lenguaje, una desmetaforización actuada, porque lo que se incorpora se realiza radicalmente en el actuar y no en una operación del lenguaje. La droga sería no subjetivable, y el acto de consumo quedaría por fuera del universo significativo.

En lo concerniente al cuerpo, el psicoanálisis establece que la constitución del mismo implica un reconocimiento de una falta en ser y tener. Cuando esa constitución se encuentra fallida, la droga aparece muchas veces como un intento de dominio sobre el cuerpo (que en general nos es ajeno y enigmático), como un intento de suplir la falencia de un Otro que garantice la funcionalidad de ese cuerpo. Fernando Geberovich (1998) opina que el consumo permite una ruptura con el ordenamiento fálico sin que haya al mismo tiempo forclusión del Nombre del Padre, la droga brindaría un suplemento imaginario pero al precio de congelar el deseo, siendo la falta en ser lo que permite desear.

El psicoanálisis entonces invitaría al adicto a posicionarse frente a la falta, la castración, de un modo distinto que con el goce desamarrado de la intoxicación. El tóxico enmudece lo que angustia, entonces para que el sujeto comience a hablar de su malestar es necesario una escucha que lo instaure en las leyes de la palabra, historizándolo, y lo oriente en la búsqueda de su verdad. La supuesta identidad que muestra el paciente deberá interrogarse para que puedan establecerse verdaderas preguntas, preguntas por el ser, y el sujeto se haga responsable de su goce y su deseo. “Un abordaje psicoanalítico implica un acto de separación, no necesariamente entre la droga y el toxicómano sino en el sentido de que la droga caiga del lugar de causa y se abra algún tipo de interrogante que implique al sujeto en su malestar” (Laurent, E., 1996, p. 54)

La labor clínica requeriría examinar y elaborar la demanda, cualquiera sea su formulación, para poner en cuestión lo que constituye la queja, analizando en qué medida el uso de drogas implica una pregunta para el sujeto y en qué medida el terapeuta está incluido (puede encarnar para el sujeto la respuesta a tal pregunta). Sin este trabajo la dirección de la cura podría provocar el silenciamiento del síntoma.

Por último, para el abordaje de estas problemáticas sería necesario además que el abandono inmediato del consumo no se tornara un objetivo terapéutico; el terapeuta debería conducir poco a poco, a través de una escucha diferenciada, el deseo del paciente a construir una identidad diferente de aquella que porta, para empezar a ser representado por otros significantes, para un verdadero trabajo de reconstrucción de la historia del sujeto. Sólo así se irá produciendo un sujeto de la demanda de curación, y la medida del deseo podrá ir sustituyendo a la desmesura del goce.

VII. Marco teórico:

El consumo de drogas es entendido como un campo donde se entrelazan relaciones de fuerza que implican desniveles, diferencias, y desigualdades. Cada configuración histórico-social le ha dado un lugar y un valor, poniendo en juego distintas prácticas y enunciados que dan cuenta del posicionamiento que se sostiene en torno a este campo, y que son efecto de diversos ordenamientos discursivos. Estos últimos implican una maquinaria determinada por instituciones y leyes de funcionamiento propias, reguladas por procedimientos de los que se desprenden tácticas y estrategias, técnicas y tecnologías, disciplinas, métodos y modelos.

Los autores que teorizan sobre la problemática del consumo coinciden en que los usos de drogas no conforman un fenómeno que pertenece exclusivamente a nuestra época, han existido en todas las sociedades y en todos los tiempos, y han acompañado al hombre a lo largo de toda su evolución. Sin embargo en la época contemporánea se ha tornado un problema para las diferentes culturas. Esto aparece como un hecho propio del mundo moderno y de la sociedad occidental en particular, que data del siglo XIX.

Los antiguos hacían uso de sustancias, en mayor o menor cantidad, pero la costumbre de consumir una droga por razones recreativas, religiosas o terapéuticas no se distinguía de cualquier otra costumbre, no generaba inquietud. Pero en el siglo XIX, el consumo de sustancias tóxicas se va a plantear como un problema social para las sociedades occidentales; y va a manifestar para muchos el peligro de lo que ya no está regulado por rituales colectivos, lo que se sale de la lógica de lo culturalmente establecido, de lo socialmente normado.

Mientras que el debate respecto a la legislación, lo lícito y lo ilícito, la prohibición o la liberalización del consumo de drogas interroga el límite de la intervención del Estado respecto a los derechos individuales, del lado médico nos encontramos con un enfoque

farmacológico y neurofisiológico, que casi siempre define una categoría que frente a la heterogeneidad totaliza. Y desde el lugar del consumidor, lo que hay es la afirmación de un conocimiento y de un saber intransmisible como no sea por la experiencia.

“Los textos clásicos y modernos muestran un interés y una preocupación constantes por interpretar teóricamente el problema, y encontrar formas de afrontarlo en la clínica” (López, 2007, p. 13). Pero la importancia que reviste en la actualidad, acompañada quizás por la masividad del consumo -la toxicomanía de masas se extiende a escala mundial como fenómeno de los últimos 30 años, debe ser leída a partir de las transformaciones, las tensiones, y las conservaciones que han encontrado un modo de materializarse en el devenir histórico-social. Un devenir con rupturas, quiebres, fisuras, y discontinuidades; no mera cronología de hechos encadenados bajo la causalidad.

De acuerdo al planteo de Fernando Geberovich (1998) la manera en la que se presenta la toxicomanía en nuestra época aparece novedosa entre otras cosas por estar constituida por el entrecruzamiento de discursos contradictorios que hacen de la droga su objeto, y como consecuencia de muchos cambios sociales en las últimas décadas a niveles económicos y políticos. Entre ellos se puede mencionar: el sistema económico, la brecha grande entre ricos y pobres, la indigencia, la inequidad, la falta de igualdad de oportunidades y de proyectos, la deserción escolar, y el aumento del desempleo.

Además, el avance científico derrumbó lo que se creían fronteras imposibles de atravesar, haciendo vacilar principios, roles, estatutos, límites e imposibles humanos. “La eclosión de la drogadicción [...] revela una mutación sociológica global, testimonia los agujeros de una cultura enfrentada al derrumbe de sus ideales y que no posee medios subjetivos para perder sus certezas antiguas y darse otras”. (Geberovich, 1998, p. 51)

Eric Laurent (1996) explica que ciertos hechos sociales modernos inciden directa o indirectamente en el consumo de drogas: la liberación de la esfera privada, la estimulación de las necesidades, la legitimación del goce, la inmediatez, el culto al cuerpo y a la juventud eternos, el desinterés por el futuro y por la trasmisión, la falta de solidaridad, la pérdida de valores, la tendencia al aislamiento y al individualismo, la carencia de metas, y las sensaciones de vacío. Y en el centro de estas transformaciones, la instancia yoica también es afectada: “el yo en un exceso de auto sollicitación, sosteniéndose sólo de sí mismo, se fragiliza, se muestra vulnerable, se autoconsume, se desustancializa” (Geberovich, 1998, p. 123)

Sylvie Le Poulichet (1996) sostiene que lo que distingue al posmodernismo es el paso subjetivo de la falta al vacío, vacío narcisista al que se le propone ser obturado por objetos (efímeros); sin satisfacción, dolor o angustia que pueda dar sentido. De esta forma las drogas se transforman en el paradigma de los objetos producidos por la ciencia para llenar el vacío de la división del sujeto, y en este sentido el toxicómano es el modelo ideal de consumidor.

Desde este enfoque, hoy asistiríamos a un nuevo malestar de la cultura, corolario de la ficción de que todo padecimiento, angustia o dolor puede ser resuelto con objetos, rindiendo culto a la omnipotencia de la ciencia de modificar y controlar la naturaleza: el nacimiento, la vida, la vejez, la enfermedad y la muerte. Todo parecería esperarse del objeto, nada del sujeto. El Sujeto estaría compelido a elegir, a reconocer, no su deseo, sino objetos para su deseo. Pero la falsa y pronta respuesta a la felicidad en un mundo regulado por el mercado y el capitalismo produce un aplastamiento del sujeto.

¿Qué estatuto tiene la toxicomanía desde la perspectiva Psicoanalítica?

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a las drogas como: "toda sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, es capaz de actuar sobre el SNC (Sistema Nervioso Central) y además es susceptible de crear dependencia física-psíquica o ambas". Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva, sufre una adicción.

Las vías de administración de las drogas varían de acuerdo a la sustancia: pueden ser inhaladas, inyectadas, fumadas o administradas en forma oral; y los efectos también son variados: pueden ser estimulantes, alucinógenos, tranquilizantes, etc. Pero la realidad es que los efectos siempre son particulares, dependen de las características del sujeto, del tipo de sustancia, del grado de consumo y de las circunstancias en que se la consume.

Hacia 1929, en "El Malestar en la Cultura", Freud (1984) indicaba el carácter de quitapenas que revisten las drogas, ubicándolas como uno de los tres modos de hacer algo con el malestar inherente a la cultura. Como lo explica en su texto, hay sujetos que utilizarían las sustancias tóxicas para hacerle frente a este malestar y sufrimiento. Ya sea adormeciendo los órganos de los sentidos o promoviendo sensaciones placenteras, las drogas cumplirían una función: rehuir del malestar que genera la vida con otros. Aparecen como formas de satisfacción sustitutivas para evitar el displacer y el dolor psíquico.

Entendido así, las drogas facilitan al sujeto poder escapar del peso de la realidad, refugiándose en un mundo que ofrece mejores condiciones de sensaciones, eludiendo o aliviando el dolor a través de la intoxicación. Sylvie Le Poulichet (1996) menciona que la droga tendría una función de sustituto de la represión, el sujeto intentaría con ella no pensar y a la vez separarse de aquello que lo angustia.

Bajo otro análisis Rolando Karothy (2002) argumenta que el signo fuerte de nuestros tiempos parece ser el imperativo de la búsqueda de placer, ese sería el mandato superyoico, el ideal a alcanzar inmediata y forzosamente, aunque el fracaso de nuestras sociedades pruebe lo inútil del intento. De forma que la droga vendría a ocupar el lugar del objeto que permitiría una vía de acceso privilegiada e inmediata hacia el placer, sería capaz de captar un goce cuya falta sería estructural, convirtiendo el deseo en necesidad del producto.

Lacan (Lacan, 1976 citado en Miller, 1989) sostiene que el acento de lo moderno es que el modo de gozar actual, contemporáneo, depende esencialmente del plus de gozar, de modo que lo contemporáneo se define por el divorcio con el ideal; se puede prescindir del ideal y de las personas, se puede prescindir del Otro, de los ideales y escenarios que éste propone por un cortocircuito que libra directamente el plus de gozar. Bajo este enfoque con el consumo de sustancias químicas el sujeto se proporciona sensaciones placenteras momentáneas mediante un objeto del mundo exterior para disminuir el displacer y sin necesitar de un "otro" para lograr el equilibrio y alcanzar satisfacciones sustitutas. Es por esto que se plantea la satisfacción autoerótica en el consumo y un goce de naturaleza sin límite, fuera del goce fálico, en tanto que éste impulsa hacia el Otro.

Por su parte, el cuerpo se presenta de manera singular en la toxicomanía, como vehículo para el acceso a un goce que lo implica completamente corrompiendo su naturaleza. El compromiso corporal se pone de manifiesto en el modo en que ese sujeto actúa sobre su cuerpo: no hay hambre, ni sueño, ni dolor; se pueden pasar largos días sin comer, sin dormir, sin hacer algo más que observar un punto fijo... Pero para el psicoanálisis ese cuerpo no es sólo un organismo cuyo quimismo se altera, es una construcción bordeada e impregnada de lenguaje y de cultura, donde los significantes del Otro hacen marca para el recorte y la significación de aquellas zonas privilegiadas a través de las cuales se produce el acto del consumo de drogas.

La elección del consumo de drogas parece ser hecha por los sujetos en un momento en que ha ocurrido probablemente una desestabilización fantasmática y se produce una emergencia insoportable de angustia. La droga puede no haber existido para ese sujeto

anteriormente, o puede haberla usado en forma ocasional, pero ese momento puede convertir al sujeto en un adicto.

El psicoanálisis, lugar que me convoca como analista, entiende que la toxicomanía tiene que ver con el modo particular de gozar del sujeto, la posición del sujeto frente al deseo y el goce en su subjetividad. Evitando generalizaciones que carecen de rigor científico, evitando cuadros diagnósticos, intenta sostener la lectura de lo particular, atendiendo a lo singular de cada caso definido bajo los acontecimientos y los decires que surgen dentro del campo de la transferencia. Así se ponen en escena las razones que llevan al uso de drogas, y en ello se juega la historia de cada sujeto.

No todos los usos de drogas devienen compulsivos o problemáticos, no todas las personas que entran en contacto con las drogas generarán una dependencia o una adicción. Considerar el consumo de tóxicos sólo un flagelo social moderno, sin analizar lo propio en cada sujeto, impide avanzar sobre las condiciones del tratamiento y la investigación psicoanalítica, y esconde la verdad que encarna cada sujeto. El análisis reviste de importancia el dolor psíquico y la construcción de una demanda.

VIII. ¿Actuar repetitivo o repetición sintomática? Posibilidad de síntoma.

La constitución de un síntoma se liga a la posibilidad de recrear una escena fantasmática en función de una falta estructural. Según el planteo de Lacan (1984) el Otro no sólo es concebido como el lugar del “tesoro de los significantes” sino también del deseo, introducirá la falta de un significante que responda por el deseo del sujeto en tanto deseo del Otro. En su desarrollo el sujeto encuentra en el Otro una hiancia, el Otro se muestra impotente para entregar un significante adecuado que lo satisfaga en su pregunta por el ser. Algo se inscribe como faltante, en falta, revelando un significante excluido que da lugar a la represión primaria, necesaria en la constitución subjetiva. Y lo que viene a responder al enigma del deseo del otro, a poner en escena el deseo inconsciente del sujeto es la construcción fantasmática, organizando su relación con los objetos a través de las identificaciones. “El objeto perdido se constituye en causa, no se resuelve a nivel de los significantes de la demanda, al objeto perdido el fantasma lo va a positivizar”. (Kait, 1996, p. 98)

La pregunta que obliga a un análisis al trabajar las problemáticas de consumo es la existencia del síntoma. ¿Hay síntoma, en el sentido freudiano del término, o el acto de consumo viene al lugar de lo que no es posible significar, metaforizar? Todo parece indicar

que en la toxicomanía asistimos a un actuar repetitivo que no es repetición sintomática, porque el acto no introduce ninguna repetición significativa. En el acto no hay elaboración metafórica, nada dice de la posición subjetiva del sujeto, se limita a la búsqueda, obtención, y consumo del químico, con su posterior efecto. No se trataría como en la constitución de un síntoma neurótico de una respuesta frente al enigma del deseo del Otro, a la falta del Otro, sino de una respuesta que se organiza frente a la dificultad del Otro primordial de transmitir la castración en tanto falta.

El consumo distaría de la posibilidad de hacer síntoma, en tanto la castración (prohibición), estaría fallidamente inscripta y la ingesta de drogas brindaría un medio de satisfacción pulsional directa que arrasaría con las barreras de la represión. El sujeto no puede engendrarse a través de los significantes entregados por un Otro. Como manifiesta Sylvie Le Poulichet (1996) el deseo no se elabora como deseo de lo que falta en el Otro, el fantasma fracasa parcialmente en organizar la realidad porque el enigma del deseo del Otro no puede operar de manera integral.

Desde la concepción psicoanalítica sujeto del inconsciente y cuerpo se articulan a través del concepto fundante de pulsión. Se comprende a la pulsión como aquello que está más allá del campo simbólico. Lacan (1984) menciona en “Subversión del sujeto” que la pulsión esta tanto más lejos del hablar cuanto más habla. La pulsión es el “montaje” que opera desde el Otro a través del significante en el cuerpo del sujeto. Hace que el cuerpo se constituya en el campo del Otro, al mismo tiempo que constituye al sujeto como inconsciente, como Otro. La pulsión, como la teoriza Freud (1984) en su concepción fronteriza y límite entre lo psíquico y lo somático, lo interno y lo externo es lo que “desnaturaliza” al cuerpo. Lo constituye como cuerpo erógeno y sexuado, con zonas privilegiadas que, por su misma caracterización como orificios bordeables, revelan que el objeto de la pulsión no es sin objeto.

Graciela Kait (1996) explica que el deseo del Otro le plantea a la pulsión la necesidad de subjetivar la falta de un significante: A tachado. Como el goce fálico está prohibido, viene a suplirlo en su lugar la función del plus de gozar por los objetos de la pulsión. Pero, ¿qué sucede cuando la transmisión de este significante en falta ha encontrado obstáculos para inscribirse? ¿Cómo pensar este proceso subjetivo fallido en torno a la toxicomanía? ¿La adicción fijaría a una acomodación funcional e imaginaria de la falta, sosteniendo en suspenso los conflictos psíquicos?

Según Fernando Geberovich (1998) en el consumo adictivo de sustancias el sujeto permanece fijado en una forma de homeostasis porque no puede elaborar su deseo en una dimensión otra, donde la dialéctica de la falta, de la demanda y del deseo estuviera posibilitada por una interdicción que le diera su lugar de sujeto. El tóxico crearía un circuito autónomo pseudopulsional: se produciría una interrupción de los diferentes recortes pulsionales y una exclusión del otro, en la medida misma en que los montajes pulsionales no han logrado ahuecar suficientemente una hiancia en el Otro primordial. El trayecto pulsional permanecería suspendido sin recortar un objeto para el deseo en el intervalo entre dos significantes. El cuerpo también quedaría parcialmente suspendido del cuerpo del Otro, en el lugar donde éste se ha manifestado como no faltante. Lo que debía volver por la voz o la mirada del otro para cerrar algo del cuerpo ha producido un fallido, y se practicaría entonces una apertura sobre lo real.

¿Cómo repensar entonces el goce en el consumo adictivo de sustancias? Lacan (1971) en el seminario “El saber del psicoanalista” plantea que toda la gama del goce es todo lo que se puede hacer tratando convenientemente un cuerpo. El goce no se desliza siempre hacia otro lado como el deseo, vuelve siempre al mismo lugar, a eso debe su estatuto de real. No proporciona placer, no produce bienestar, puede incluso confinar con el dolor. Pero el falo acota el goce, es el significante del goce, se trata de una captura y una limitación del goce. El goce fálico es una reglamentación del goce por la entrada del sujeto en el lenguaje, por el paso del viviente a lo simbólico de la castración. Implica un esfuerzo de rehallazgo de la satisfacción primera perdida, siempre insuficiente, en la medida en que el reencuentro va a ser siempre un desencuentro. Y la vía que toma el sujeto para recuperar algo del goce perdido esta en relación al fantasma y al síntoma.

Lacan (Lacan, 1975 citado en Miller, 1989) manifiesta que la droga sirve para romper “el matrimonio del sujeto con el falo”, su uso está destinado a la sustracción de los efectos de la castración, y se halla al servicio de la obtención de un goce que, en la ruptura con el falo, puede no pasar por el cuerpo del Otro. La operación toxicómana entonces lograría, desde este enfoque, un goce que no requiere del cuerpo del otro como metáfora del goce perdido. Implica un goce no articulado al objeto “a” ni en consecuencia a las zonas erógenas. Aparece como un modo singular de recuperación del goce del Otro, que supondría ofrecerse al goce del Otro a fin de complementarlo y evitar lo que le falta, ya que ello resulta insoportable. Nos encontraríamos frente a un goce por fuera del fantasma, que saltea la regulación fálica.

Desde otra perspectiva, pero sosteniendo al igual que otros autores el fracaso de la castración y la actividad simbólica, Héctor López (2007) plantea que la toxicomanía está más cerca de librarse del dolor que de la obtención de una satisfacción pulsional directa, sería una defensa ante el goce (del Otro) antes que goce puro; ante la intoxicación de origen endógeno el sujeto se defendería de manera desigual mediante otra intoxicación de origen exógeno:

La castración es la operación que instaura la ley del deseo a expensas del goce del cuerpo [...] el desarrollo nos hace suponer que es la angustia ante la fragilidad de esta operación simbólica lo que pone al organismo en una tensión insoportable que se traduce, en algunos sujetos, en la acción desesperada de buscar alivio en la droga. (López, 2007, p. 66)

Comprendida así, la adicción generaría un mecanismo que tendría que ver con la necesidad del sujeto de poner una barrera química contra lo pulsional, intentando restituir la actividad de la fantasía mediante el efecto de la sustancia. La posibilidad de simbolización protege al sujeto para no caer víctima de su propio narcisismo, la imposibilidad de hacerlo manifestada en el acto de consumo, pondría en juego todo lo mortífero del narcisismo, al pretender una completud que solo se lograría con la muerte. “Se manifiesta crudamente el poder destructivo del goce del Otro, que se verifica en el sometimiento masoquista del sujeto a repetir una y otra vez sin lograr construir una ligadura, la operación del fármaco” (López, 2007, p. 23).

Así las drogas tendrían una función de defensa, a veces con éxito y otras no, frente a la vacilación y el fracaso del fantasma cuando fallan los mecanismos del principio del placer y del deseo. La relación entre la intoxicación y el placer sólo sería una fantasía del adicto. En la intoxicación se trataría de una operación de cancelación de lo doloroso traumático, y el dolor, síntoma de la dificultad de ligar lo pulsional, podría considerarse como un síntoma en lo real. El sujeto carecería de los mecanismos de simbolización que pueden anudar el goce pulsional al significante para producir un síntoma neurótico. Para Héctor López (2007) la falla en la soldadura entre pulsión y significante impediría tanto la actividad fantasmática exitosa como la creación metafórica de un síntoma y la adicción intentaría producir esta soldadura, sería una huida ante el deseo del Otro, a cuya insistencia el sujeto responde con la consistencia de la droga.

Lo cierto respecto a la problemática, y en esto coinciden los autores psicoanalíticos que la trabajan, es que en la adicción al tóxico la subjetividad parece destituirse, hay un fallido

en la elaboración del cuerpo en el Otro, en el lenguaje. Se dispone de un cuerpo al que se le da un tratamiento en lo real y ello trae como consecuencia un efecto de desaparición del sujeto, de abolición del sujeto. El tóxico no tiene nada que significar y pertenece al campo de lo real, por lo cual no se presenta como un objeto, en el sentido de una relación de objeto, que supondría un sujeto.

La toxicomanía aparece como una solución frente al malestar, no como síntoma neurótico tradicional. El fracaso del síntoma está en correspondencia con la dificultad de tramitar una falta en el Otro. El goce que se manifiesta se presenta resistente a la interpretación, la interpretación no puede acceder a ese sitio ligado al goce. Sin embargo el trabajo analítico puede operar sobre la posición del sujeto en relación al goce si se establece una escucha que haga posible la creencia y afloramiento de lo inconsciente.

IX. Dolor, Represión, Analgesia. Sufrimiento no representable.

Fernando Geberovich (1998) señala que el consumo de drogas afecta la posibilidad de representar, el uso del químico absorbería el nivel de la representación en el de la sensación. Pero surgen interrogantes respecto a: ¿Qué se afecta del mecanismo del lenguaje? ¿Qué se interrumpe del trabajo metafórico y metonímico? ¿La droga destruye la palabra o sólo la silencia al igual que al dolor? ¿El dolor tiene posibilidad de ser representado?

En el abordaje de esta problemática lo que aparece es la cuestión del dolor, y un sujeto que intenta frenar su emergencia de la forma que puede. Desde los fundamentos del psicoanálisis el dolor se asocia al concepto de trauma, es entendido como un espacio psíquico no representable, como zona muda. El dolor carga con la marca de lo biológico, y por ende de un sufrimiento no representable. En el Manuscrito "G" Freud (1984) planteó que el dolor no es lo mismo que el displacer, y que se puede recurrir al uso del tóxico para cancelarlo:

El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación (la cancelación del dolor), es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya comprendido su mecanismo, pero es evidente que existen ciertas sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre o en los tejidos nos proporcionan directamente sensaciones placenteras, modificando además las condiciones de nuestra sensibilidad de

manera tal que nos impiden percibir estímulos desagradables. (Freud, 1984, p.12)

El dolor también puede ser psíquico. Freud (1984) expresa en “Duelo y Melancolía” que el dolor psíquico toma en préstamo el modelo del dolor corporal, siendo la genuina reacción frente a la pérdida del objeto cuando esta última no ha sido simbolizada. Entendido así el dolor reabriría un vacío de la existencia. Más tarde, en “El malestar en la cultura” Freud (1984) ubica a la intoxicación no aportando felicidad, ni siquiera pasajera, sino apenas la ausencia de dolor psíquico. La droga aparece en la obra freudiana como un recurso entre otros, cultural por cierto, y biológico o no, el dolor siempre produce un estado de desvalimiento del sujeto; es una manifestación que se le impone al individuo, y surge como más acá del principio de placer.

La abstinencia a la droga implica el retorno del dolor consciente. Podemos pensar entonces que la droga restauraría alucinatoriamente un objeto respondiendo a una insuficiencia de elaboración simbólica del cuerpo y de la pulsión que perturba al narcisismo. Lo propio del fármaco sería establecer las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias, así como producir la cancelación tóxica del dolor regulando la homeostasis del aparato psíquico. Y en ese encuentro con algo real en el seno de una dimensión alucinatoria se produciría el goce. “Colocarse”, realizaría en el terreno de la sensación lo que el fantasma falló en haber instaurado en el registro del principio de placer: la anulación virtual de la pérdida de objeto.

¿Qué falla de la represión como mecanismo protector? Mientras que el mecanismo de la represión protege al sujeto de la emergencia de representaciones prohibidas, la anestesia por la droga frenaría la intensidad de una invasión de la angustia, cumpliendo de algún modo una función defensiva también, cuando la represión no ha logrado operar. La anestesia silencia el dolor, y trata al dolor psíquico como dolor físico para zafar de él.

Al tiempo que la represión implica la posibilidad de representar, supone una ausencia nombrable -ausencia que en la toxicomanía parece no poder constituirse; la anestesia en cambio, sería una tentativa de defensa contra el dolor de una separación que no puede volverse ausencia. En el consumo de drogas el dolor parece triunfar sobre las representaciones. El trabajo metafórico y metonímico se paraliza, se trunca, porque requiere de un fondo de ausencia. Nos encontramos frente a un dolor traumático, el sujeto sufre la imposibilidad de representación del objeto que debiendo estar ausente no se ha perdido.

Para el sujeto que consume la droga no es un objeto de satisfacción, sino un objeto de goce. Para que haya placer debe establecerse la función de límite, estando diferenciados el orden biológico del erógeno. Cuando el objeto de la pulsión se constituye como tal tiende a bajar la tensión, conduce al placer. Por el contrario, el goce incrementa la tensión, busca un límite cada vez más distante, y esto lo vemos en la necesidad de aumento de dosis que se requiere para mantener el mismo efecto. La realización de goce tiende a suprimir el límite entre lo biológico y lo erógeno, y más que la investidura de un objeto, implica la investidura de un actuar. Actuar que en el adicto arrastra al sujeto hasta las últimas consecuencias, porque no hay objeto de satisfacción que funcione en el registro del placer. La noción de placer, construida en torno a la vivencia primera de satisfacción, implica necesariamente el cumplimiento de una secuencia de repetición y de una diferencia que permite medir una caída de tensión, “el adicto sólo puede hacer jugar la diferencia aumentando la dosis, pues el objeto está encarnado en el sujeto mismo” (Geberovich, 1998, p. 83).

El ser humano está forzado a pasar por el universo del significante para satisfacer sus necesidades, debe pedir las, fruto de su inmaduración biológica al nacer. Y en este encuentro con el significante lo real del cuerpo queda perdido. “La necesidad biológica como tal queda perdida, perdida por la necesidad de pasar por el lugar del Otro. La necesidad se convierte en demanda” (Kait, 1996, p. 61). ¿Qué está destituido de este circuito en los casos de adicción a las drogas? El objeto de la necesidad no podrá ser reencontrado porque no se constituyó como perdido: el objeto de la demanda no pudo ser constituido. Con la droga el sujeto actúa un encuentro con un objeto que no sirve, y ello se manifiesta en la incorporación repetitiva. La droga permite gozar con el cuerpo, pero también impide el desplazamiento de la cadena de significante, callando al sujeto del inconsciente.

Cuando la angustia del bajón emerge toda tensión y toda espera resultan intolerables: porque se trata de sufrimiento, y el único recurso con el que cuenta el sujeto para frenar su dolor es la repetición, empezar nuevamente, aumentando la dosis para poder sostener el goce. Fernando Geberovich (1998) hace hincapié en que se actúa una incorporación a nivel de lo real donde se destruye lo que de este pasaje se sostendría en un mecanismo de lenguaje, se inviste un acto por el lado de la sensación, que solo puede ser evocada mediante la repetición, y que funciona por aumento de la necesidad.

El dolor y la droga parecen alejar de las representaciones y por ende la palabra bajo un acto repetitivo que no logra inscribirse. Es por ello que se plantea que la droga apuntaría a la eliminación de la significación: aunque al principio pueda funcionar al interior del lenguaje, la droga avanza hacia la destrucción del mismo, al silenciamiento, y renegando de toda realidad desplaza el dolor psíquico al dolor físico.

X. Modo subjetivo de construcción de la falta. El Duelo como imposible.

La entrada del sujeto al campo regulado del goce fálico requiere de la operación del significante del Nombre del Padre (en otros términos de la castración), es porque este significante opera en lo simbólico, que es posible la identificación al falo imaginario y la constitución de la realidad. Como explica Graciela Kait (1996) la instauración de la significación fálica, al término del proceso de metaforización del deseo de la madre por el Nombre del Padre, negativiza el goce primordial de la madre, en tanto que hace posible el goce fálico, situando el goce fuera del cuerpo. La castración inscribe una falta, y como realidad a la que el niño debe enfrentarse le permite identificarse como objeto que la madre demanda. Lacan (1995) plantea en el Seminario IV “La Relación de objeto” que el niño debe renunciar a casarse con la madre para casarse con el falo, es decir con un símbolo del objeto perdido, para sacar de la castración un goce. Pero ¿qué sucede cuando el sujeto se niega a contraer este matrimonio y exige la continuidad del “otro goce”? El sujeto emprende la búsqueda de diferentes formas de satisfacción narcisística, entre ellas la droga, como técnica para romper este compromiso o casamiento simbólico. Si para Freud la droga cancela el dolor, para Lacan rompe con la castración.

El objeto materno (primario, incestuoso, prohibido) se articula quedando siempre a distancia óptima, mantenida por el principio del placer. Éste es posibilitado por la operación de la castración, que priva, pero a la vez protege la subjetividad. Es la terceridad, la metáfora paterna, quien anuda ley y el deseo, y cuando ella falla la dimensión simbólica es afectada, perturbando la posición del sujeto deseante.

Siguiendo a Lacan Sylvie Le Poulichet (1996) manifiesta que las toxicomanías dan testimonio de un desfallecimiento, de una insuficiencia del padre. Se ordenarían en el registro de una radical suplencia narcisista. La Operación del pharmakon intentaría organizar un circuito cerrado que de algún modo pretendería tapar los orificios para la invasión de un Otro no castrado.

Bajo esta concepción es posible que la castración encuentre dificultades para instaurarse o resulte imposible de tramitar en los sujetos que consumen drogas de forma adictiva. La droga les brindaría la posibilidad sostener frágilmente la insignia fálica. Frente al impedimento de construir una escena fantasmática, el sujeto encontraría en la droga un suplemento para sostener la imagen de un deseo, pero sin poder simbolizar una satisfacción. El sujeto se ilusionaría con la posesión del objeto como suyo porque no ha aceptado la pérdida, pérdida que le haría saber que el objeto como causa de deseo pertenece al Otro, no a él. Pero la verdad de la ausencia del objeto reaparecería bajo la necesidad de conseguir la próxima dosis.

Entonces la toxicomanía parece escocer un fondo de imposibilidad de duelo, duelo por el objeto al que no se puede renunciar. Así el tóxico se presenta para el sujeto como la promesa de recuperar algo de la dimensión deseante, que encuentra dificultada por su identificación con el objeto que debería perderse.

Fernando Geberovich (1998) sostiene que en los casos de consumo de drogas la mirada fascinada de lo materno acarrea un funcionamiento patológico, es cómplice y persecutoria a la vez:

La mirada no funciona como objeto “a”, sino como cosa: ojo que fija al sujeto en su goce. Exigencia de perfección de eso otro que lo condena a ser Yo ideal. En la toxicomanía no es la madre la que mira mirarse al niño, [...] el niño estaría forzado para existir a encontrar un lugar reflectante en la mirada de la madre sobre sí misma. Sostenerse como, mirarse como, sostener el yo ideal de lo materno. Ídolo porque es una cosa más que ideal. (Geberovich, 1998, p. 114)

Desde esta perspectiva el niño vendría a encarnar aquello que lo materno no puede perder, y la droga permitiría mediante el acto librarse de aquello que lo convoca a ser el ídolo materno. El niño será el lugar sobre el que irá a precipitarse, por desplazamiento, una problemática parental, superficie sobre la que se plantará artificialmente un Yo Ideal materno ortopédico, todo poderoso. El niño estaría destinado a ser el que desde la filiación materna deberá obturar un proceso de duelo patológico, y pagaría con su persona, evitando así un previsible proceso depresivo en alguno de los genitores. Fernando Geberovich (1998) aclara que como todo objeto de duelo, ese niño-ídolo será investido para ser destruido, protegiendo precariamente al niño de la destrucción y a la madre de la culpabilidad. Para este autor el trabajo clínico pasaría por un trabajo de duelo sobre sí

mismo en cuanto Yo ídolo para el otro, consistiría en un trabajo de duelo de una posición de Yo Ideal en tanto objeto idólico para el otro.

Finalmente adhiero al planteo de que la esencia del dolor que aparece en las problemáticas de consumo representa un agujero traumático que nunca pudo ser tramitado por la mecánica del duelo, agujero como concepto opuesto a toda pérdida, porque las pérdidas permiten ser simbolizadas. La falta muestra dificultades para inscribirse como tal, la metáfora paterna como operatoria falla. ¿A qué falta hago referencia? Se trata de una falta estructural que produce la división del sujeto, que organiza el funcionamiento del cuerpo dando cuenta del anudamiento entre lo psíquico y lo orgánico, y que obliga a construir el enigma del deseo del Otro (¿qué me quiere el Otro?) en el discurso y los significantes que provee.

XI. Dirección de la cura. Resituar la demanda. ¿Hacia dónde orientarnos?

Toda sociedad define el cuerpo y lo define a través de los aparatos simbólicos que están en juego (jurídicos, técnicos, estéticos y eróticos). A cada sociedad se le puede interrogar qué goces están permitidos y cuáles no -cuáles son legítimos obtener de ese cuerpo. Por ello al momento de guiar un análisis, es preciso plantearse qué goces se habilitan hoy y qué goces están destinados a prohibirse, para establecer la diferencia entre un padecimiento subjetivo y el padecimiento que la condena social impone, coagulando al sujeto en lo que un diagnóstico designa. Se requiere además abrir espacio a lo silenciado, desestimando los postulados absolutos que se encarnizan en lo social, institucional e individual.

El psicólogo no es convocado para enseñar cómo hay que vivir, ni para determinar lo que está bien o mal. Conducir la cura en las problemáticas de consumo, con el fin explícito y urgente de la supresión del acto, creyendo que esa es la principal demanda, muestra la asunción de una posición moralista infértil que resulta en fracaso. Además de imposibilitar el análisis, sólo genera culpa y angustia en el paciente que no puede realizar el abandono. “La posibilidad de un análisis se abre cuando el analista logra establecer algún dispositivo que preserve el espacio y el tiempo del análisis, por fuera de las contingencias habituales” (López, 2007, p.110).

Desde la perspectiva psicoanalítica el consumo de drogas es el síntoma de un malestar psíquico, no la enfermedad misma. La “toxicomanía” como concepto es sólo un modo de nombrar un sufrimiento subjetivo. Sylvie Le Poulichet (1996) manifiesta muy

elocuentemente que no es la droga lo que preocupa, sino la dimensión del tóxico en la palabra.

Es necesario comprender las adicciones por la operación inconsciente que las determina, ya que la labor analítica apunta al deseo y a la verdad del sufrimiento de cada sujeto, su causa. El trabajo se propone en la búsqueda de por qué un sujeto se hace carne de un sufrimiento particular y se sostiene en él, para que tome conciencia y sea responsable de la posición que ocupa como sujeto en el deseo del Otro. Localizar al sujeto en lo que se reitera se torna la esencia de la clínica, en la pregunta por él se va a fundar el ejercicio de la práctica.

La adicción al tóxico aparece como el remedio que encuentra una persona frente a un sufrimiento intolerable. ¿Pero...qué es lo intolerable? Si bien tomamos en consideración una estructura que posibilita y habilita, a esta pregunta no puede responderse en forma global ni categórica. La droga ocupa un lugar de efecto y no de causa; y el efecto de lo que se consume depende más del sujeto que del objeto, tiene más relación con su valor significativo que con sus propiedades estrictamente químicas. Cada sujeto es único y porta una verdad, un saber no sabido por él: un saber inconsciente.

Mientras que en el análisis la experiencia se constituye como transmisible, en la toxicomanía el goce como experiencia es intransmisible. Puede suceder que al comienzo del trabajo analítico palabra y transferencia parezcan insuficientes frente a la dependencia orgánica. “Desde el comienzo se negocia con una debilidad: el terapeuta no puede rivalizar con el poder del tóxico para aliviar la angustia” (Le Poulichet, 1996, p. 14). ¿Por dónde empezar? La constitución de una relación transferencial ha de ser el primer objetivo analítico, que no se realiza sin el trabajo de elaboración tanto por parte del analista como del paciente. Es la transferencia la que va a permitir que el sujeto atestigüe su sufrimiento en la palabra.

Una de las dificultades que pueden presentarse en la constitución de la transferencia es la creencia del analista de que el adicto goza placenteramente de la droga. Esta creencia desconoce de la articulación goce – mandato superyoico, y conduce a la impotencia del analista, determinando el fracaso en la dirección de la cura.

Otra dificultad es la que aparece en torno a la demanda. Los pacientes llegan a consulta manifestando el deseo de abandono de consumo como curación, y pidiendo ayuda al analista porque sienten que solos no pueden hacerlo. Posicionan al analista como destinatario del acto de abandono, y si el analista no se abstiene a ello, sólo restablece una

relación dual imaginaria ineficaz. La demanda se reduce así a dejar el consumo, y ello no permite desplegar otra verdadera demanda oculta.

Por último puede manifestarse un obstáculo que hace a la singularidad del paciente con problemáticas de consumo: parecen no poder soportar la pasividad y la reserva impersonal del analista. Estos pacientes muestran un nivel de ansiedad muy alto, y revelan una escasa tolerancia a la frustración. Por ello necesitan ser alojados en un espacio que les permita desplegar otras problemáticas, que les permita encontrarse con su dolor y hablar de él, y así hacer caer las identificaciones que lo sostienen como adicto. La transferencia no va a instaurarse únicamente como repetición actuada, en el encuentro con el analista se va a desplegar un campo transferencial particular.

¿Hacia dónde dirigir la cura?

Sin necesidad de proponer la abstinencia a las drogas como condición inaugural del trabajo clínico, lo que deberíamos interrogar es el destino del tóxico, es decir, la puesta en escena imaginaria de sus efectos en el campo de la transferencia. La dirección de la cura consistiría en producir la transformación del circuito de la droga en una formación de síntoma; esto es, implicar el objeto real droga en determinaciones imaginarias y simbólicas, tras lo cual pueda surgir una pregunta que interpele al sujeto en su malestar, y el consumo se detenga por sí solo.

Los interrogantes sólo podrán construirse y responderse desde cada trabajo clínico y desde la perspectiva de entender el diagnóstico como producido en transferencia y dando cuenta de la posición del sujeto en la estructura. El diagnóstico se construirá a partir de lo que se escucha, será una anticipación que permitirá dirigir la cura y que será confirmada retroactivamente.

La labor analítica se centrará en un esfuerzo por impulsar al sujeto a ubicarse como responsable de su goce y su deseo. Poder preguntarse por los significantes que desde el Otro que se han inscripto en uno mismo implica releer la propia historia y su devenir. Se ha de brindar entonces la posibilidad de una historización como lugar primero para el sujeto, apostando a la construcción sintomática como vía posible, alojando las recurrencias y las insistencias del sentido, dándole lugar a lo que insiste, para que exista.

De este modo, la medida del deseo podrá ir sustituyendo ese goce que parece extremo, infinito; y se irá produciendo un sujeto de la demanda de curación. Revivir la historia del sujeto tal como ella es vivida por él, conduce poco a poco al paciente a construir una

identidad diferente de aquella que trae, del “drogadicto”, deviniendo una realidad más tolerable para habitar en él. Reflexionar, conversar, cuestionar las distintas maneras de estar, así como la forma en que se construyen los lazos con otros, son formas también de abordar y construir un análisis.

XII. Caso Agustín: análisis e intervención.

Presentación de caso:

Agustín tiene 27 años y llega por primera vez al consultorio verbalizando que su intención es dejar de consumir cocaína (lo deriva psiquiatría). Manifiesta fumar marihuana desde los 18 años y tener una adicción a la cocaína desde hace cinco años. Comenta haber estado muy mal estos últimos dos años, incluso haber sido internado en hospitales a causa del estado crítico al que arribó en dos oportunidades. Durante el último año ha querido dejar de consumir, lo intentó solo, pero dice necesitar ayuda.

Padece de psoriasis desde que tenía aproximadamente 16, y hace un par de años consultó a un psicólogo por ello, al cual concurrió cuatro sesiones. Cuando se le pregunta si alguien más padece de psoriasis en la familia detalla que la mamá de su primo, quien enfermó de psoriasis y depresión. Agustín relata que hizo abuso de corticoides hasta que le salieron estrías, y dice que éstas le significan una gran molestia y “lo trauman”, le generan dolor y lo limitan para hacer deporte.

Su primo es consumidor de cocaína desde hace años, y estuvo viviendo en su casa un tiempo, “todos” pensaron que así se pondría mejor. Plantea que su mamá fue la única que siempre estuvo cerca de él. Es el segundo hijo de cuatro hermanos varones, el mayor vive en otra localidad. La mamá enfermó hace diez años de cáncer, cuando él tenía 18 años, y murió en 6 meses. Desde entonces la familia esta desunida y él se alejó de los hermanos. Su padre comenzó a estar mal (“le pegó mal”) y a tomar, y se hizo cargo de los dos hermanos menores. Agustín considera que su papá nunca asumió responsabilidades (comenzó a trabajar a los 27 años), derrochó su fortuna, no tiene perseverancia, y es un “débil mental”, aunque muy inteligente.

El paciente vive con su mujer en la planta baja de la casa de su padre y trabaja con él, trabajo del que se queja. El papá le paga por semana si hay venta en el negocio. Acordaron un monto mensual de dinero, pero escasas veces se cumple. “Yo no pido”, comenta, “espero siempre que el otro me dé”. Esta situación le genera mucho malestar e impotencia.

Salió con muchas mujeres de chico, pero desde que “enfermó” de psoriasis hasta que la conoció a Pamela (su mujer) no pudo estar más formalmente con nadie. Está casado desde hace tres meses, se conocían desde hacía 6 años. Dejó de consumir dos meses antes de casarse, y el día del casamiento volvió a hacerlo. Manifiesta celos enfermizos hacia ella y violencia verbal. Esto provoca importantes discusiones en la pareja. Se siente inseguro porque no se siente “lindo” y porque abandonó la escuela (secundaria). Evitan casi todos los encuentros sociales que pueden porque él se “persigue” creyendo que ella mira otros hombres y ella prefiere no pelear. La multitud le genera inseguridad.

Dice haberse alejado de sus amigos por la droga y ser desconfiado de la gente. Refiere ser adicto desde siempre (“cuando era chico tomaba siete litros de Coca Cola por día”). No busca acercarse a sus amigos, costumbre que le quedó de la adicción a la cocaína: “cuando te drogas, solo se te acerca la gente del palo.”

Aunque inicialmente abandona el uso de cocaína por decisión propia, durante el transcurso de las sesiones vuelve a consumir varias veces, siempre posterior a estados de insoportable tristeza, dolor y desesperación. Tras este acto siente que se va a quedar solo y se angustia. Esta mecánica de necesidad de adormecimiento se instaura secundariamente a la imposibilidad de hacer frente al sufrimiento.

Análisis:

Como expone Graciela Kait (1996) la clínica es una pregunta situada, pregunta por el sufrimiento del sujeto, y la tarea del análisis se centra en cómo modificar la relación del sujeto con lo real del fantasma, a partir de los medios con los que el analista cuenta. Por ello la apuesta desde un comienzo fue reelaborar hechos, situar malestares, y ordenar una historia que aparecía confusa y en ciertos aspectos silenciada, olvidada. Se trataba de acercar recursos para constituir un alojamiento a partir de la singularidad de lo que le aquejaba a Agustín y al modo en que lo habitaba. También de instaurar un silencio que interrogara, para hacer vacilar las certidumbres en que estaba cautivo.

Lo importante al momento de trabajar con el paciente era la convicción de que cada caso porta una singularidad con valor indeclinable, y la respuesta ante el goce le era propia, suya, única. Sin esa convicción el análisis hubiese fracasado en la búsqueda de la verdad fundante del sujeto y en la producción de un sujeto responsable. En cada caso la droga cumple una función particular dentro de la economía psíquica y es necesario ocuparse de la fuente de donde surge la necesidad de la misma.

Agustín se expresa con una frialdad incorruptible, aun cuando relata situaciones que debieran mostrarse dolorosas. Inaugura el segundo encuentro con la pregunta: “¿vos sabés lo que es colocarse?” En el comienzo todo su discurso gira en torno a la droga: despliega su saber sobre los tóxicos, sus efectos y combinaciones, describiendo las sensaciones con fascinación inaudita. No dejaba de ser una trampa, orientada a corroborar su posición de conocimiento, insinuando la ausencia de una falta, y apoyándose en la curiosidad que quería despertarme. Propone ubicarme en un lugar complejo: entre aprendiz y cómplice de ese goce, lo cual va cediendo prontamente frente a mi abstinencia y a mi intento de impulsar el relato hacia otras cuestiones por intermedio de preguntas que lo involucraran.

Una de las dificultades para el establecimiento de la transferencia se fundaba en la convicción de que yo nada sabía de la experiencia que proporcionaba la droga que él sí conocía, y por tanto ¿cómo reconocer al sujeto supuesto saber en el analista si el que sabía de ese goce era él? Avalar esta situación suponiéndole una experiencia plena de goce, no hubiese hecho más que obstáculo a la transferencia. Porque el punto de partida para un posible tratamiento psicoanalítico era trabajar el cómo y el cuánto él sufría la droga, enfrentarse a un sujeto que padecía en un esfuerzo por instaurar la transferencia.

En los primeros momentos cada sesión era iniciada por Agustín con alguna pregunta dirigida a mí: quería saber dónde me había formado, si había leído tal o cual libro, si estaba al tanto de tal tratamiento, qué enfoque psicológico seguía, si conocía de posturas políticas y qué opinaba...la lista sigue...Intentaba dialogar y disertar sobre estos temas, transformándome en demandante. Él siempre había leído mucho, y es en sí mismo una persona muy instruida, con arraigadas convicciones. Era evidente que buscaba ponerme a prueba y encontrarme en falta. Y ello porque la castración, en su doble forma de culpa y pérdida, estaba siempre en el otro, y Agustín repetía incesantemente esta búsqueda, quizás para minimizar y anular así la verdad de su demanda, descalificándose como garante posible de un tratamiento.

Muchas veces intentaba desafiarme encendiendo cigarrillos en el consultorio, interrumpiendo las sesiones, llegando más tarde, consumiendo antes de las sesiones, mostrándome drogas que había comprado, etcétera. Sus actos manifestaban una postura de desafío respecto a las limitaciones: sociales, del cuerpo, de la realidad; una forma de “estar” que recorría toda su historia. Todo lo que era portador de castración le generaba una inmensa angustia que no le era posible ligar. La trasgresión, el intento de rebasar los límites establecidos, es una forma que encuentra el sujeto de borrar la ley, o al menos su

inconsistencia simbólica (algo falta, no todo puede ser representado), cuando los agujeros y las leyes de la realidad parecen no poder soportarse.

Miller (1998) manifiesta que un abordaje psicoanalítico implica el trabajo de hacer pasar un sujeto de “ser un síntoma” (de otro) a “tener un síntoma” a través de la enunciación. Busco entonces resituar la demanda, ubicar un vacío allí donde la droga colmaba y...calmaba, con el objetivo de producir algo del orden de la responsabilidad, subjetivando un acto (en este caso tóxico) que no entraba en el discurso significativo del sujeto. Esto fue posible gracias a la construcción de un alojamiento y de un esfuerzo propio del paciente por habitarlo. La demanda de ayuda siempre estuvo presente...

Comenzamos a trabajar sobre la legalidad que circulaba en torno al vínculo con el padre y a la dependencia (¿económica?) a la que estaba amarrado. Evasión del diálogo, acuerdos sin validez, y compromisos rotos que posicionaban a Agustín como objeto de una situación arbitraria en la que estaba inmerso. Su deseo de desprenderse de esta dependencia que tanto padecía, lo llevó a buscar trabajo en otra empresa. Esto fue posible gracias a la elaboración de la culpa y del supuesto “abandono” que cometía, con el costo subyacente de implicarse e implicar al otro. ¿Qué marcas se habían inscripto en este sujeto que no permitían desprenderse del Otro, quedando entrampado como objeto de su necesidad, de su goce? Un padre que no dona se cobra la paternidad...permanentemente se recreaba un vínculo perverso donde su ser y su necesidad quedaban desconocidos en medio de engaños para bienestar del otro. Por otro lado la decisión implicaba la posibilidad de una enorme pérdida, el enojo de su padre podía dejarlo sin vivienda. Esto también requirió de elaboración, y de la construcción de la responsabilidad del acto y la elección, donde hay ganancias pero también pérdidas. Como consecuencia las dificultades para proyectarse a largo plazo fueron mermando.

Su preocupación y molestia respecto a la Psoriasis siempre se manifestaban. ¿Qué es la Psoriasis? Es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, mucosas y articulaciones, no contagiosa. Se presenta con lesiones rojas sobre elevadas de la piel normal, recubiertas de escamas blanquecinas, que se desprenden con facilidad. Las lesiones pueden picar, doler y a veces sangrar. Puede afectar uñas y asociarse a un compromiso articular, las zonas comprometidas comúnmente son: codos, rodillas, cuero cabelludo y región sacra, pero puede afectar cualquier otra parte del cuerpo. Es considerada una enfermedad psicosomática.

Desde el enfoque psicoanalítico al que adhiero, las enfermedades psicosomáticas se aproximan a la descripción de las neurosis actuales que mencionaba Freud; son entendidas como síntomas resistentes al desciframiento significativo y a la interpretación, que provocan un éxtasis libidinal que resulta tóxico y que queda por fuera del procesamiento psíquico.

Agustín tenía afectados fundamentalmente los codos y el cuero cabelludo, junto con las manos. Las lesiones le producían mucha picazón y molestia, y un olor intenso se desprendía de ellas. Los momentos de mayor inflamación no podían ser asociados a ninguna representación, pero generaban gran padecimiento. Se manifestaba un desconocimiento inicial sobre lo que le sucedía, las emociones parecían ausentes y la apertura al diálogo, a la reflexión, sobre aquello que lo aquejaba parecía fracasar. ¿Cómo dar lugar al tratamiento por la palabra, al discurso, cuando el cuerpo parecía hablar por sí solo? Se intentó desde el inicio que el paciente se sintiera cómodo, contenido, dentro de un clima confiable y relajado que lo habilitara a expresarse y expresar lo que le sucedía, utilizando otro medio de comunicación diferente al soma. No había registro psíquico ni emocional de la lesión orgánica, aquello parecía sucederle solamente a su cuerpo. ¿Pero...de qué cuerpo se trataba? Lo real del cuerpo aparecía en la lesión orgánica enmascarando un sufrimiento psíquico. Permitirse sentir...fue un proceso largo y doloroso. Implicó el acercamiento a un cuerpo marcado por los significantes del Otro, y en este cuerpo la piel como borde y límite entre lo uno y lo otro, lo interno y lo externo debía ponerse en juego.

Comenzó anudando su psoriasis con la de la mamá de su primo, quién a su vez padecía de depresión. Recuerda olores, lugares, imágenes de su tía materna y su casa. Algo comienza a desplegarse en torno a la afección bajo la afirmación: “Mi familia tuvo siempre mala piel”. ¿A qué piel se refería, acaso la contención, el cuidado, la diferencia, el límite, el registro del otro y del dolor estaban en juego? Lo familiar materno se introducía en su discurso surgiendo los significantes que lo representaban. Desde allí las asociaciones al fallido intento familiar por tramitar cualquier tipo de pérdida y a la conducta evitativa hacia el duelo de la que Agustín no quedaba excluido. En el transcurso de las sesiones se fueron elaborando temas como la depresión incapacitante de su tía muy querida frente a la adicción cocainómana y nunca tratada de su primo; el ¿alojamiento? por deseo materno de su primo, si registro de la dificultad, sin protección, límite, ni resguardo, ineficaz tal vez, en una familia con cuatro hijos (dos de ellos adolescentes); y la dificultad del discurso

familiar para afrontar las pérdidas y hacer lugar al dolor. A nivel discursivo la angustia se presentaba como inmovilizadora, no se mostraba, de ella no se hablaba, atrapaba a los personajes familiares y los dejaba sin “poder hacer”, afectando sus cuerpos. (La adicción de su padre y primo, la depresión y psoriasis de su tía, incluso pudimos pensar sobre el cáncer mismo de su madre).

Luego de mucho tiempo de entrevistas preliminares entra en análisis cuando la angustia, de cuya causa hasta ese momento no quería saber nada, comenzó a formar parte de una queja. “Llevo muchas cargas de dolor”, así inicia una de las sesiones, pudiendo verbalizar otro malestar diferente del objeto droga, contando la dificultad para conectarse con su historia. Las operatorias discursivas que estaban en juego comienzan a desplegarse en torno a la figura materna. La madre aparecía en su discurso como una mujer insatisfecha, con quejas permanentes hacia un hombre poco responsable, “débil mental”, “alguien con el que no se podía contar”. Satisfacer las necesidades de una madre insatisfecha constituía para Agustín una trama siniestra, a la que se sumaba la actitud paterna de “hacer la vista gorda” para no ser molestado. El hijo pasaba así a ser quien no debía sentir dolor, debía ser fuerte, cuidando la díada simbiótica (narcisista). Difícil experiencia de sumisión que significaba para él tener que dejar de sentir “a cualquier costo”, situación en la que vivió para gratificar a la madre. Sin el respaldo del marido, el hijo pasaba a ser lo que sostenía a la madre, no se podía perder, pero además debía quedarse capturado en una imagen de fortaleza. Quedaba manifestada la inoperancia paterna en el intento de impedir que su hijo quedase entrampado en la relación con la madre, faltando por ende límites claros en la relación entre ambos. La desvalorización de la figura paterna, impidió que se estableciera en la familia conyugal una ley diferente a la que regía en la familia de origen materno.

Es posible identificar en Agustín la fragilidad de la operación filiatoria, que invita al acto y no a la interrogación. Filiar implica adoptar un hijo, nombrarlo, en una trama simbólica donde no todo puede ser representado, a causa de la inconsistencia del orden simbólico, de la ley. La filiación llena de incertidumbre, el sujeto se liga a la cadena filiatoria bajo un imperativo deudor y es obligado a interpretar ya que la ley es carente de dos aspectos: fundamento y contenido - sólo sabe que debe, no por qué debe, ni qué debe. Entonces el enigma del deseo del Otro se pone en cuestión, el “tú debes” lleva a la pregunta ¿“que quieren de mí”? y el sujeto intenta responderla con los significantes que encuentra en su camino. El sujeto se constituye en ese lugar siendo la función paterna

quien opera poniendo en juego una ligadura y posterior desligadura, ofreciendo un nombre para que la pérdida pueda inscribirse como tal.

En Agustín este proceso se mostraba afectado, la debilidad paterna no pudo hacer frente a la desautorización materna, corrompiéndose la operación de donar porque la falta encontró dificultades para inscribirse. Y como consecuencia un lazo filiatorio endeble, que al momento de percibir amenaza u ataque respondía con el cuerpo. Un lazo filiatorio que atrapaba al sujeto, impidiéndole interrogarse por su ser. El análisis debía tomar la vía de la deuda y la transmisión, y confrontar al sujeto con el duelo por la inexistencia del otro, para que pudiera correrse de la oferta sacrificial.

“Me cuesta entender y soportar las pérdidas” enuncia en uno de los encuentros; Agustín aparecía fijado en un goce que dificultaba toda separación y comprometía el trabajo de duelo. Comienza con el consumo (de marihuana) tras la muerte de su madre, y la elección del consumo de cocaína parecía haber sido hecha en un momento en que se produjo una emergencia insoportable de angustia. Desde ese momento la droga tuvo para él una función de alivio, intentará con ella no pensar a la vez que separarse de aquello que lo angustia, sustituyendo cualquier operación simbólica. Drogarse lo situará más allá del lenguaje, obturará la sensación del dolor, adormeciendo el soma y el pensamiento, sin poder recuperar nada por las vías del significante y del fantasma.

Agustín tenía fuertes discusiones con su mujer a causa de los celos. De hecho esta situación les afectó el ritmo de vida, y puso en riesgo la pareja. Se producían estados transitorios de persecución y de depresión ansiosa que lo obligaban a consumir, siendo lo único que lo calmaba. Al trabajar esta cuestión aparece el disconformismo con su imagen, los celos siempre eran generados por la aparición de otro hombre “en mejor estado, con mejor figura”. La cocaína lo calmaba porque tenía la virtud de acortar la distancia con los ideales. En los momentos donde la sexualidad lo convocaba reinaba la imagen, era reducido a ser sólo cuerpo. Con dificultades para responder a nivel simbólico, intentaba incesantemente un control imaginario. La sustancia introducía el goce en el cuerpo y lo hacía existir de esa manera. Como explica Graciela Kait (1996) no se es un cuerpo, se tiene un cuerpo, pero para ello es necesario perderlo en lo real y sostenerlo en lo simbólico y lo imaginario. El trabajo analítico se orientó a colocar el cuerpo en la palabra, movilizándolo la insuficiencia de un vínculo primario con el Otro. La droga comenzó a elaborarse como suplencia, como intento de dominio sobre ese cuerpo que le era impropio y extraño, por la falencia de un Otro garante.

Contaba tener dificultades para enfrentar la sociedad, ser muy desconfiado de las personas, y pensar demasiado. Ser sumamente crítico con las personas y él mismo. Se lamentaba: “perdí al vida pensando, me genera ansiedad saber qué piensa la gente”. Había algo persecutorio en él, la mirada producía desconfianza. Y es que la mirada solo puede operar eficazmente si puede ausentarse. El sadismo superyoico se mostraba en una mirada positivizada, vigilante, crítica. Su lazo con el Superyó estaba relibidinizado, y retornaba en la ferocidad de la mirada, como así también en el deterioro del cuerpo producido por un goce sin acotamiento. La función superyoica se revelaba desviada de su tarea de guardián de narcisismo.

Finalmente, Agustín pudo dejar el consumo luego de varios meses de análisis. Enfrenta el dolor con dificultad, pero se permite sentirlo y hacer con él. Pudo reelaborar los lugares de cada cual en la familia y esto posibilitó la dialectización de los conflictos sin renegar del otro o engañarlo. Pudo rearmar su propia historia y representarse bajo otros significantes diferentes de los que lo marcaban como adicto.

XIII. Conclusión:

Sin lugar a dudas en el trabajo con problemáticas de consumo cada caso presentará características diferentes y cada paciente pondrá de manifiesto su nivel de tolerancia frente a la incertidumbre y a la espera, la posibilidad de entrar en análisis, y la decisión subjetiva de abandonar una posición gozosa.

¿Es posible un análisis, instalar la transferencia, y sostener la demanda? Creo que sí, en la medida en que el analista respete los tiempos del analizante, y brinde herramientas para la circulación de la palabra en desmedro del acto. Es preciso orientar el trabajo terapéutico hacia la transformación de la demanda inicial de abandono de consumo en demanda de otra cosa, volcando el consumo en una construcción sintomática, esto es: que implique una pregunta para el sujeto, que lo interpele. Y de esta forma transitar la construcción de la pérdida y el declinar de los significantes que hasta el momento sostenían al paciente.

El análisis nos enfrentará al encuentro con el vacío donde hay soledad, silencio, padecimiento, ausencia de sentido, y pura pulsión de muerte. ¿Cuándo interpretar? La tarea, el avance y el retroceso en cada caso nos indicarán el camino, respetando una labor ética por sobre todo; teniendo en cuenta las limitaciones que puede presentar la actividad fantasmática para la regulación del goce, así como los mecanismos simbólicos de creación metafórica.

El trabajo guiará a una instancia de lectura, a una transformación posible de lo que se intenta restituir con el acto, haciendo entrar al sujeto en un discurso donde se torne responsable de la respuesta que ensaya frente al enigma del deseo del Otro.

Bibliografía:

Abraham, K (1985). *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.

Basz, S. (1997). La duración y el tiempo lógico en las entrevistas preliminares. *Condiciones de la práctica analítica*. Buenos Aires: Colección Diva.

Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid, España: Taurus Ediciones.

Echale Curutchet, R. (2010). *Puntuaciones sobre algunas operatorias en torno al cuerpo y a las adicciones*. En: L.S. Garavaglia, M. Maida Re, M.S. Colombo y R. Rosario: UNR

Escohotado, A. (1989). *Historia General de las drogas*. Barcelona, España: Editorial Alianza.

Escohotado, A. (1992). *Las Drogas: de los Orígenes a la prohibición*. Madrid España: Editorial Alianza.

Fleischer, D. (2000). Heroína. *Revista El Caldero*. Octubre, Buenos Aires: Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana. (EOL)

Foucault, M. (1996). *El orden del discurso*. Madrid, España: La Piqueta Ediciones.

Foucault, M. (1998). El uso de los placeres. *Historia de la sexualidad, tomo II*. Madrid, España: Siglo XXI Ediciones.

Freud, S. (1980). Sobre la cocaína. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona, España: Ed. Anagrama

Freud, S. (1984a). Manuscrito "G". *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984c). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984d). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984e). Recordar, repetir y reelaborar. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984f). Sobre la iniciación del tratamiento. *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984g). Duelo y Melancolía, *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984h). Introducción del narcisismo. *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984i). Lo Inconsciente. *Obras completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984j). Pulsión y destinos de pulsión. *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984k). Más allá del principio del placer. *Obras Completas, Tomo XVIII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984l). El sepultamiento del Complejo de Edipo. *Obras Completas, Tomo XIX*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984m). El yo y el ello. *Obras Completas, Tomo XIX*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984n). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas, Tomo XX*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984ñ). El malestar en la cultura. *Obras Completas, tomo XXI*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1984o). El porvenir de una ilusión. *Obras Completas, Tomo XXI*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Geberovich, F. (1998). *Un dolor irresistible, Toxicomanía y pulsión de muerte*. Buenos Aires: Letra Viva Ediciones.

Inchaurreaga, S. (1996). *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.

Inchaurreaga, S. (1997). *Drogas y drogadependencias: Teoría, clínica e instituciones*. Rosario, Argentina: CEADS-UNR.

Kait, G.A. (1996). *Sujeto y Fantasma: Una introducción a su estructura*. Buenos Aires: Editorial Fundación Ross.

Karothy, R. (2002). Principios para una conceptualización de las toxicomanías. *Contexto en psicoanálisis N6: Las adicciones*. Buenos Aires, Editorial lazos.

Lacan, J. (1971). *El Seminario, Libro XIX: ...O peor*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J (1977). *La Familia*. Buenos Aires: Edit. Homo Sapiens.

Lacan, J. (1981). *El Seminario, Libro I: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (1983). *El Seminario, Libro II: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J (1984a). Acerca de la causalidad psíquica. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Lacan, J (1984b). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Lacan, J (1984c). La ciencia y la verdad. *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Lacan, J (1984d). La Dirección de la Cura. *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Lacan, J. (1984e). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Lacan, J. (1986). *El Seminario, Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (1995). *El Seminario Libro, IV: La relación de objeto*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (1997). *El Seminario, Libro VII: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (1999). *El Seminario, Libro V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (2005) *El Seminario, Libro X: La angustia*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (2008). *El Seminario, Libro XVII: El reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (2009). *El Seminario, Libro XX: Aún*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lacan, J. (s.f.). *El Seminario, Libro VI: El deseo y su interpretación*. Inédito.

Lacan, J. (S.f.). Conferencia de Ginebra sobre el síntoma. *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Laurent, E. (1996). *Sujeto, Goce y Modernidad: Un Abordaje a la toxicomanía desde el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Atuel.

Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, España: Anagrama Ediciones.

López, H. (2007). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.

Miller, J.A. (1987). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Edit. Manantial.

Miller, J.A (1998). *Introducción al método analítico*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Miller, J. A. (1989). *Para una investigación sobre el goce auto-erótico*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Naspartek, F. (2006). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo, Libro I*. Buenos Aires: Edit. Grama.

Naspartek, F. (2006). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo, Libro II*. Buenos Aires: Edit. Grama.

Rabinovich, D. (1988). *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Edit. Manantial.

Rosenfeld, H. (1978). *Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo. Estados fronterizos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.